

送信日 年 月 日

F A X 送信票

送信先 函館市医師会看護・リハビリテーション学院 行

Fax No. 0138-36-0081

令和6年度 函館市医師会看護・リハビリテーション学院 看護学科 オープンキャンパス参加申込

学校名: _____

ご担当者: _____

連絡先: _____

【実施日】

令和6年8月2日(金)

< 区 分 >

A 午前の部 : 9:30~12:00 (受付09:00~09:20)

B 午後の部 : 13:30~16:00 (受付13:00~13:20)

※ 定員 A、B共に40名

参加区分	学年	フリガナ 氏名	性別	保護者参加 (人数)	備考
A・B					
A・B					
A・B					
A・B					
A・B					
A・B					
A・B					
A・B					
A・B					
A・B					

参加区分に○を付して下さい